

足関節整形外科テスト記録シート

※本紙は記録用です。点数基準や手技説明は含みません。

| | | | |
|-------|--|------|--|
| 患者 ID | | 評価日 | |
| 評価者 | | 場所 | |
| 受傷機転 | | 荷重条件 | |

評価前に固定する6点セット（再評価の再現性）

| 固定項目 | チェック（固定できたら□に✓） | メモ |
|-------|--|----|
| 受傷機転 | <input type="checkbox"/> 内反 <input type="checkbox"/> 外反 <input type="checkbox"/> 外旋 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 痛み部位 | <input type="checkbox"/> 外側 <input type="checkbox"/> 内側 <input type="checkbox"/> 前上方 <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> 足底 | |
| 荷重可否 | <input type="checkbox"/> 4歩可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 補助具あり | |
| 腫脹・熱感 | <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 熱感あり | |
| 固定・補助 | <input type="checkbox"/> テーピング <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 松葉杖 | |
| 記録条件 | <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> 介入後 <input type="checkbox"/> 条件差あり | |

確認記録（所見＋次アクション）

| 確認項目 | 判定 | 優先度 | 根拠メモ（短文） |
|-----------------|----|-----|----------|
| 骨折除外（Ottawa） | | | |
| アキレス腱（Thompson） | | | |
| DVT 文脈 | | | |
| 外側靭帯 | | | |
| ハイアングル | | | |
| 内側靭帯 | | | |
| 足底しびれ・感覚 | | | |
| 総合判断 | | | |

再評価メモ（条件差・経過・次アクション）

| |
|--|
| |
| |
| |